



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

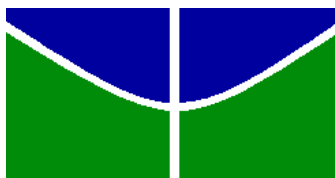
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

MÔNICA OLIVEIRA DA CRUZ

Negras e Loucas: O perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no
Distrito Federal

Ceilândia

2015



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Curso de Graduação em Saúde Coletiva

MÔNICA OLIVEIRA DA CRUZ

Negras e Loucas: O perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em
Saúde Coletiva pela Faculdade de
Ceilândia, da Universidade de Brasília.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Érica Quinaglia Silva

Ceilândia

2015

MÔNICA OLIVEIRA DA CRUZ

Negras e Loucas: O perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
a obtenção do Título de Bacharel em
Saúde Coletiva pela Faculdade de
Ceilândia, da Universidade de Brasília.
Orientadora:
Profª. Drª. Érica Quinaglia Silva

Aprovada em: ____ de _____ 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Drª. Érica Quinaglia Silva (FCE/UnB)

Profa. Drª. Josenaide Engracia dos Santos (FCE/UnB)

Lílian Cherulli de Carvalho (TJDFT)

Dedico este trabalho a todas aquelas que têm suas vidas atravancadas pela loucura, preconceito e/ou discriminação. Mulheres negras, este trabalho é dedicado a nós.

Agradecimentos

A mim mesma, ao meu corpo, a minha mente e a tudo que vivi. Agradeço pelo meu esforço, dedicação, amadurecimento, experiências e por não ter me permitido desistir. Agradeço aos meus erros e falhas, por me mostrarem o caminho certo que devo seguir.

A toda minha família. Mas principalmente a minha mãe, por todo carinho, compreensão, respeito, atenção, cuidado e por me amar todos os dias como se fosse o último. Ao meu pai por todo cuidado, descontração e patrocínio dessa graduação. E a minha irmã pelo companheirismo, cumplicidade e momentos de partilha.

A minha orientadora Érica, por todas as oportunidades acadêmicas. Por toda paciência e ensinamentos. Por ser esse exemplo de mulher inteligente, dedicada e humilde.

A Esther e a Kelly, amigas que me incentivaram a ingressar na Universidade. Por toda amizade, apoio e confidências. E por serem referência de esforço e dedicação.

A Juliete e a Letícia, pela amizade, pelas trocas, companheirismo, fortalecimento e resistência negra nos últimos tempos.

A todas amigas, companheiras e professoras negras que me ajudaram a reconhecer o espaço ao qual pertenco e auxiliaram neste trabalho.

A todos e todas professores do colegiado de Saúde Coletiva, educadores fundamentais para minha formação e pelos quais mantenho enorme carinho e gratidão.

A toda equipe da Seção Psicossocial da VEP/TJDFT pela parceria e disponibilização dos dados para esta pesquisa, sem os quais teria sido impossível produzir este trabalho.

À escola do câncer, que me deu a oportunidade de vivenciar experiências e sensações que jamais imaginei experimentar aos 20 anos de idade. A toda equipe do CACON HUB, que tornou extremamente rico e grandioso um dos momentos que poderia ter sido mais triste e desgostoso da vida. Ao Dr. Augusto, Dr. Gabriel e Dra. Mariane, médicos que cuidaram de mim e sempre me deram esperança.

E ao Fabio, que foi companheiro por tanto tempo. Cuidou de mim. Segurou a barra. Mas a vida tinha algo melhor para nós

*“Você pode ler o livro, usar camisetas,
colar pôsteres na parede e gritar
palavras de ordem. Mas se você não
conhecer toda história estará
banalizando toda luta.”*

Tia Vivian

LISTA DE SIGLAS

ATP– Ala de Tratamento Psiquiátrico

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CPB – Código Penal Brasileiro

CPP – Código de Processo Penal

DEPEN- Departamento Penitenciário Nacional

ECTPs – Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HCTPs – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

LEP – Lei de Execuções Penais

MS – Ministério da Saúde

MJ – Ministério da Justiça

MS - Medida de Segurança

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PSM – Política de Saúde Mental

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

TJDFT - Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios

VEP – Vara de Execuções Penais

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Situação da população de mulheres em medida de segurança

Figura 2- Idadedasmulheres em medida de segurança

Figura 3- Naturalidadedasmulheres em medida de segurança

Figura 4- Situação conjugal dasmulheres em medida de segurança

Figura 5- Responsável pelas mulheres em medida de segurança

Figura 6- Escolaridadedasmulheres em medida de segurança

Figura 7- Profissãodasmulheres em medida de segurança

Figura 8- Diagnósticodasmulheres em medida de segurança

Figura 9- Incidência penal

Figura 10- Natureza dos serviços de saúde – Internação

Figura 11- Natureza dos serviços de saúde – Tratamento ambulatorial.

Figura 12- Raça/cordasmulheres em medida de segurança

RESUMO

As mulheres atendidas na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais (VEP) do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) cumprem medida de segurança, uma sentença que atribui a elas a marca de delinqüentes e doentes mentais. As relações de gênero, raça, escolaridade e qualificação profissional podem contribuir para uma situação vulnerável que interfere diretamente nas condições de vida e saúde dessas mulheres, podendo levá-las a práticas ilícitas. Ademais certas particularidades relacionadas às condições psicossociais delas devem ser consideradas. O desconhecido perfil dessa população é um obstáculo para o planejamento e aperfeiçoamento das políticas e programas de assistência à saúde mental voltados para esta população em medida de segurança. Diante disto, o presente estudo visa conhecer o perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no DF a fim de contribuir para uma agenda política e pública de atenção a essa população. Para tanto, neste estudo serão considerados os recortes de raça, gênero e classe social a fim de analisar como tais fatores influenciam na expressão da loucura e delitos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
4. UMA MULHER, UM DIAGNÓSTICO E UMA SENTENÇA.....	16
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
5.1. A histografia de um processo ainda em curso.....	17
5.2 A loucura no Brasil.....	18
5.3 O Movimento Social e a saúde mental como um direito.....	20
5.4 A Saúde, o Direito Penal e a Loucura.....	23
5.5 A medida de segurança no Distrito Federal-DF.....	24
5.6 As mulheres, a Loucura e a Medida de Segurança.....	25
5.7 Raça e loucura.....	27
6. RESULTADOS.....	30
7. DISCUSSÃO.....	41
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
9. REFERÊNCIAS.....	46
10. ANEXOS.....	48

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, milhares de pessoas sentem o peso do ônus causado pelo historicamente constituído estigma da loucura, que as priva de acessar uma série de direitos essencialmente humanos. A Lei Nº 10.216 de 2001 versa sobre os direitos dos usuários de serviços de saúde mental, bem como as responsabilidades e as ações competentes ao Estado para garantir esses direitos. Mas e quando esse louco comete um crime, ele deve ser tratado ou penalizado? Tal lei atende aos ditos “loucos infratores”?

A medida de segurança é uma sentença imposta pelo Estado, de caráter preventivo, que visa ao tratamento. Ela se aplica a pessoas que, devido a um transtorno mental, eram inteiras ou parcialmente incapazes de entender o caráter ilícito da infração penal no tempo da ação ou da omissão (CAPEZ, 2011).

A medida de segurança foi instituída pelo Código Penal de 1940. O primeiro Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Brasil foi fundado em 1921 no Rio de Janeiro. Porém, após quase um século de funcionamento dos HCTPs e mais de setenta anos de execução das medidas de segurança, ainda pouco ou quase nada se ouve falar dessa população desconhecida (DINIZ, 2011). Apenas em 2011, foi publicado o primeiro censo acerca das pessoas em medida de segurança no Brasil. Nesse estudo, foi identificada uma população majoritariamente negra, de baixa escolaridade, com periférica inserção no mundo do trabalho, que, em geral, cometeu infração penal contra um indivíduo de sua rede familiar ou doméstica (DINIZ, 2011).

A produção acadêmica sobre a interface entre saúde coletiva, medida de segurança, gênero e raça ainda encontra-se em fase incipiente no cenário atual. A falta de dados e informações acerca desse grupo específico dificulta a melhoria dos índices deficientes existentes nas políticas institucionais. Quando se trata de um estudo voltado para as mulheres em medida de segurança, a escassez de números é ainda maior. Em 2011, o Ministério Público Federal juntamente com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão elaboraram um parecer minucioso sobre a medida de segurança e os HCTPs, sob a perspectiva da Lei 10.216/2001. Infelizmente, nenhum recorte referente aos gêneros foi levantado.

Desde 2013, o grupo de estudos sobre Gênero, Bioética e Direitos Humanos instituído na Universidade de Brasília na Faculdade de Ceilândia (FCE), em parceria com a Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), tem desenvolvido estudos acerca das pessoas em medida de segurança no Distrito Federal. O objetivo das pesquisas é levantar o perfil sociodemográfico de diagnósticos e itinerários penais, das pessoas em medida de segurança, bem como entender as interlocuções possíveis entre o Direito e a Psicologia no Judiciário (QUINAGLIA; CRUZ & TRAJANO, 2014)

O número de mulheres submetidas a tal medida atualmente é inferior ao número de homens. Contudo, é preciso considerar este grupo, bem como analisar certas particularidades que concernem a ele. É necessário investigar a fundo como as relações entre gênero, raça e poder são conjugadas com a análise de grau de escolaridade, qualificação profissional e incidência penal, tendo em vista que tais fatores sociais são produtores de moralidades, estigmas e sofrimento, que interferem diretamente na ação ou omissão por parte do Estado.

Levando em consideração tal perspectiva, é possível vislumbrar um espaço acadêmico e político dentro do âmbito da Saúde Coletiva para abordar questões a respeito da pessoa dita “louca infratora”, que, devido as vias injustas do processo histórico de exclusão, compõe uma das populações mais vulneráveis, que vive em espaços de custódia no país, em um dos regimes de maior apartação social, excluindo uma série de direitos fundamentais para a garantia de uma saúde integral (DINIZ, 2011).

A escolha por este tema advém de toda minha trajetória acadêmica e política. Ao longo desses cinco anos de Universidade e de Saúde Coletiva, minhas preferências e paixões foram tomando forma. Minha inclinação para com as Ciências Sociais em Saúde se deu a partir de posicionamentos e ideologias pessoais, assim como a partir das grandes referências que tive de grandes educadores/as em sala de aula, em casa e nas ruas. Sobre tudo devido às parceiras e laços de amizade criados dentro de espaços formais e informais onde circulam a afirmação da negritude, da mulher, da garantia de direitos e da reparação social, que foram fundamentais para delimitar e traçar a jornada dessa pesquisa de conclusão de curso, levo sempre em consideração o máximo de respeito pelas pessoas que a ela estão submetida à medida de segurança e por seus familiares,

em um espaço de contribuição com o desenvolvimento social, afirmação do direito sanitário e da luta-antirracista.

Sendo assim, acredito na necessidade de inserir o racismo e suas consequências nas discussões que regem o campo da saúde, da atenção psicossocial e da medida de segurança. Entendendo o preconceito racial e de gênero como determinantes sociais importantes de saúde física e mental. Portanto, o presente estudo visa contribuir para a criação de uma agenda política, social, jurídica e ética voltada para a rede de atenção psicossocial, que possa considerar o direito à saúde mental, conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, enquanto uma conquista da sociedade civil. Este assunto é de suma importância no que diz respeito à academia e ao Estado para a construção e execução de políticas, programas e ações públicas voltadas para a garantia de direitos para as mulheres em medida de segurança.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

Conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal e são acompanhadas pela Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (VEP/TJDFT).

2.2. Objetivos específicos:

- Entender como a situação sociodemográfica das mulheres em medida de segurança influencia no sofrimento psíquico e perpetua iniquidades sociais.
- Analisar como fatores sociais, como raça, classe, gênero e loucura, enquanto produtores de estigmas, contribuem para a supressão de acesso a uma medida de segurança tratamento efetivo;
- Demonstrar a importância de se considerar o contexto social enquanto produtor de desvantagens em saúde.

3. METODOLOGIA

Foi feita uma análise documental quanti-qualitativa dos prontuários e processos judiciais das mulheres em medida de segurança no Distrito Federal entre os meses de outubro de 2013 e maio de 2014. Essa coleta de dados foi realizada nas dependências da Sessão Psicossocial da VEP/TJDFT.

Por meio de um instrumento de coleta de dados, foram levantadas as seguintes informações: sexo, idade, naturalidade, estado civil/situação conjugal, raça/cor, escolaridade, profissão, incidência penal, diagnóstico, modalidade de medida de segurança, avaliações da Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do TJDFT, laudos do Instituto Médico Legal e locais de tratamento, a fim de conhecer o perfil sociodemográficas das mulheres em medida de segurança

É importante ressaltar que não houve nenhuma recompensa/remuneração que violasse as disposições da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para que fossem garantidos o anonimato, o sigilo e a confidencialidade dos dados dos participantes de pesquisa envolvidos, o plano de trabalho foi revisado e aprovado quanto aos seus aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília (UnB).

A pesquisa não acarretou dano, risco ou constrangimento às sentenciadas e a suas famílias. Os cuidados necessários para a garantia da confidencialidade dos dados, sigilo das informações sobre essas mulheres, foram largamente tomados. Os dados, quando divulgados pela comunicação científica, não permitirão a identificação pessoal dos casos.

A devolução dos dados será feita mediante a divulgação dos resultados na forma de artigos científicos a serem publicados em revistas científicas e/ou congressos acadêmicos que serão disponibilizados à Seção Psicossocial da VEP/TJDFT.

4. UMA MULHER, UM DIAGNÓSTICO E UMA SENTENÇA

Cláudia, pseudônimo de uma das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal, tem 25 anos é natural de Brasília-DF. É solteira. É negra. Tem o ensino fundamental incompleto. Trabalhou como manicure. Conta com a mãe e o pai como responsáveis. Foi diagnosticada com dependência química associada a psicose induzida por uso de drogas. Tem histórico de sofrimento de violência sexual por parte de dois padrastos. Foi internada em hospital psiquiátrico público do DF por pelo menos 15 vezes. Foi sentenciada à medida de segurança na modalidade de internação, pois incorreu no artigo 121 conjugado com o artigo 14, ambos do Código Penal, que tipificam o crime de tentativa de homicídio (contra a mãe). Deu início ao cumprimento da medida de segurança em 17 de março de 2011 com tempo mínimo de cumprimento da sentença de 2 anos. No último relatório da Seção Psicossocial da VEP/TJDF foi avaliada com situação de saúde estável, contando com apoio familiar. Teve, assim, indicação de desinternação condicional.

Cláudia e outras 21 mulheres, no período entre 2013 e 2014 cumpriam uma medida de segurança do Distrito Federal, uma sentença que as determina enquanto portadoras de transtorno mental e criminosas. A fim de melhor compreender as trajetórias dessas mulheres dentro da medida de segurança, o presente estudo traz um resgate histórico acerca da loucura, estigmas, mulheres, raça, desvantagens sociais e conquista de direitos.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1.A histografia de um processo ainda em curso

Tratar sobre loucura geralmente consiste em traçar caminhos de subjetividades e relatividades. O relato da história de Cláudia entre nesse jogo de relações que se estabelecem acerca do conceito de loucura ao longo dos séculos. O que atualmente chamamos de hospitais psiquiátricos ou manicômios, já foram habitados por vários personagens com diversas loucuras.

A partir da obra clássica de Michael Foucault, *A História da Loucura* (2010), é possível fazer uma análise dos diversos períodos que retratam as condições de vida dos loucos. O autor traça uma linha cronológica acerca dos atos segregatórios aos quais foram condicionados aqueles que de alguma forma, haviam sido castigados pelos deuses e deviam buscar salvação, o que, em outras palavras, significou a estigmatização desses sujeitos enquanto condenados divinos, marginalizando-os a fim de “higienizar” e “proteger” a sociedade.

Silveira e Simanke (2009) apontam para questionamentos éticos e sociais existentes naquela época acerca das condutas sexuais, de interditos religiosos e da expressão de pensamentos e ações. O internamento, que ocorreu durante os séculos XVII e XVIII na Europa, era um “castigo e terapia de purificação das almas e na cura dos corpos” (SILVEIRA & SIMANKE, 2009). Portanto, ia além de uma ciência psicológica, pois se tratava de um remédio moral na condenação de uma conduta desregrada.

Já no século XVIII, também conhecido como século das luzes e das revoluções burguesas, a razão tomou a frente do pensamento humano. O conhecimento científico passou a ser valorizado e o sentimento de liberdade foi tido como guia e único caminho para a busca da verdade. É nesse contexto que é atribuída aos hospitais a função de instituições médicas com finalidade terapêutica. Esse século é apontado como período do nascimento da psiquiatria e transformação da loucura em doença mental (SILVEIRA & SIMANKE, 2009).

Mendonça (2009) apresenta em seu trabalho as experiências de Philippe Pinel, médico que elaborou o primeiro estudo empírico-observacional específico sobre loucura

em meados do século XVIII. Para Pinel, a loucura tinha gênese moral e como característica intrínseca a desregulação das funções mentais. Isso justificou o uso do “tratamento moral”, que consistia na imersão do alienado a leis e normas sociais. Para o médico, o isolamento e a internação integral eram fundamentais, pois assim era possível observar a loucura na íntegra, sem interferências externas. Este foi mais um momento importante na reconfiguração das funções dos hospitais, que deixaram a repressão e o isolamento social como focos únicos e principais de tratamento.

A autora referencia o século XIX como o “Século dos Manicômios”, pois as idéias de Pinel guiaram a clínica de doentes mentais. Ela ainda apresenta o asilamento no manicômio como forma única de tratamento, todas e qualquer tipos, que perdurou até meados do século XX. Todas e qualquer tipo de intervenções por mais violentas e desumanas que fossem, eram consideradas válidas em prol da cura do louco. Dessa forma, pode-se afirmar que a concepção da loucura depende, portanto, da caracterização da normalidade em determinado contexto histórico e social. No entanto, algumas práticas precisaram ser revistas, pois se naquele momento os saberes médicos eram guiados pelo positivismo, tornou-se questionável a causa da loucura ser exclusivamente moral (AMARANTE, 1994).

5.2.A loucura no Brasil

Não muito diferente dos acontecimentos da Europa ocidental, no Brasil as ações sobre o louco também se deram a partir de seu isolamento e exclusão da sociedade, apartados e abandonados em hospícios. A loucura no Brasil passou a ser objeto de intervenção, com a chegada da Família Real no início do século XIX, quando diversos setores da sociedade sofreram reforma, como a economia, a estrutura sanitária, a segurança, entre outros. Até a proclamação da República, os hospícios eram dirigidos pelas santas casas de misericórdia e setores conservadores do clero. Os médicos, por sua vez, reivindicavam maior autonomia em sua atuação e na gestão do ambiente. Guiados por pensamentos positivistas, os médicos acreditavam que aquele espaço deveria ser conduzido por princípios técnicos e científicos (AMARANTE, 1994).

Em 1923, Gustavo Riedel fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental e, naquele momento, a psiquiatria se posicionou em defesa do Estado, pautada em um maior controle social e aumentando seu poder de intervenção. “A carta dos princípios da Liga constitui um programa de intervenção no espaço social, com características

marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas” (AMARANTE, 1994, p.78).

Nos anos 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social- INPS, o setor privado passou a fornecer serviços psiquiátricos ao Estado. A saúde e a doença mental passaram a ser alvo definitivamente do lucro de empresários. Com a ampliação dos serviços e vagas, cada vez mais a doença mental tornou-se institucionalizada e isolada, principalmente nos grandes centros urbanos. Em certo momento, a Previdência chegou a destinar 97% dos recursos da saúde mental às internações hospitalares. Todas as pequenas e tímidas ações alternativas às manicomiais enfrentavam fortemente a barreira do setor privado (AMARANTE, 1994, p.78).

Essa situação se reverteu apenas no final da década de 70, início dos anos 80, quando revoltas populares de vários setores da sociedade civil aconteceram em busca da redemocratização e cidadania do país. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) passou a protagonizar os anseios da assistência psiquiátrica nacional (AMARANTE, 1996). O MTSM vinha com uma crítica ao saber psiquiátrico, tendo suas reivindicações pautadas contra o modelo oficial adotado, hospitalocêntrico e privado, sua ineficácia, com iniciativas de reversão da situação marcadas por propostas de desospitalização. Essas ações estavam embasadas na afirmação de direitos humanos, baseadas nas experiências de reforma dos EUA e países europeus (AMARANTE, 2005).

Franco Basaglia e as experiências italianas tiveram forte influência nos espaços de democratização, particularmente no âmbito da saúde mental no Brasil. Neste contexto, foi constituído o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Neste Centro, foram criadas Comissões de Saúde Mental em estados como Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo e Minas Gerais. Nesses espaços, foram difundidas críticas e debates à assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2005).

A presença de nomes como Basaglia, Castel, Foucault, Goffman no Brasil, em 1978, no I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, realizado no Rio de Janeiro, potencializou o debate sobre as diferentes perspectivas acerca da loucura. As contribuições de Basaglia especificamente eram pautadas principalmente na necessidade de superar os manicômios e de se pensar em diferentes formas o sujeito em sofrimento psíquico. Para ele, a pessoa que sofre está inibida de suas interações sociais.

Esse sujeito necessita de uma interação familiar, associada ao processo de autonomia e liberdade (AMARANTE, 2005).

Amarante traz uma passagem da “Instituição Negada”, de Franco Basaglia, que é importante citar:

(...) abrir as instituições é um processo incessante de ruptura com a inércia, com a hierarquização das relações e com o processo de objetivação. A partir de sua prática, analisava o processo de institucionalização do paciente psiquiátrico e discutia a compreensão das pessoas internadas, não a partir da definição da doença como entidade abstrata, mas em sua complexidade e inscrição nas relações sociais. Afirmava que o processo de transformação do hospital psiquiátrico não poderia ser compreendido como um novo modelo técnico e não se encerravam interior da instituição: é necessário colocar em discussão a finalidade da existência do manicômio, a modalidade dessa existência em sua relação com a estrutura social, desconstruindo a instituição para recompor e restituir os direitos e a complexidade das necessidades e possibilidades das pessoas. Era necessário reentrar na cidade, reinscrever os problemas das pessoas internadas em sua dimensão existencial, produzir novas instituições, conectar a questão psiquiátrica no conjuntos das contradições sociais. Em outras palavras, a superação das “instituições de violência” é uma exigência ética, técnica, política e cultural (NICACIO, AMARANTE & BARROS, 2005, p. 201).

Basagliatrouxe, em sua discussão para o Brasil, as experiências que teve em Gorizia e Trieste, cidades italianas onde foram percebidas categorias de classe, ordem pública e função social do manicômio. No Brasil, essas questões não eram muito diferentes. Basaglia reconhecia a pessoa que sofre como sujeito que sofre, inibido de suas interações sociais. Esse sujeito necessita de uma interação familiar, associada ao processo de autonomia e liberdade.

5.3.O Movimento Social e a saúde mental como um direito

O processo de Reforma Psiquiátrica (ainda em curso) teve e tem vários anseios por mudanças no processo social de saúde mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe de fato a sociedade, usuários, familiares e trabalhadores para a luta antimanicomial. Com discussões que perpassam a relação profissional e usuário, a reforma traz reflexões sobre o cotidiano, a cultura e as mentalidades. Deste espaço

também surge o dia da Luta antimanicomial, dia 18 de maio, que atualmente é celebrado amplamente em território nacional(TENÓRIO, 2002).

Diante deste contexto, em 1989, o então deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o Projeto de Lei nº 3657, que em cerca de 10 anos depois, em 6 de abril de 2001, ensejou a aprovação da Lei 10.216/2001. Lei esta que veio a ser conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica em defesa dos direitos e proteção de pessoas acometidas de transtorno mental. Trata-se de uma lei considerada progressista pelo movimento antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Em seus 13 artigos, a Lei 10.216/2001 versa sobre os direitos dos usuários e as responsabilidades, deveres e ações competentes ao Estado, que deve assegurar tais direitos, mediante políticas públicas de saúde mental, serviços de assistência e promoção da saúde, sempre evitando a internação em ambiente asilar.

Além da Política Nacional de Saúde Mental, outros dispositivos legais foram criados, afim de assegurar a execução do novo modelo de atenção à saúde mental. Dentre eles, podemos citar a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são:

(...) casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves (...). Constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004, p.7-8)

As Residências Terapêuticas podem ser vistas para além de serviços de saúde mental. Trata-se de lugares para se viver, morar e criar vínculos a fim de estruturar um ambiente social acolhedor, imerso na realidade da comunidade, baseado no princípio da desinstitucionalização.

Em 2011,foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),por meio da Portaria Nº 3.088, do Ministério da Saúde, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011). A RAPS, enquanto mais uma conquista de uma Reforma ainda em

execução, é um exemplo de um novo modelo de articulação, execução e atenção aos usuários da saúde mental. Ela institui pontos de atenção a partir da criação de novos serviços de saúde e da adesão de outros já existentes, com o intuito de inserir o usuário em um sistema que proporcione a devida atenção em saúde mental, de forma contínua e integral no território, desde o acolhimento até em momentos de urgências nos diversos pontos que compõem a rede. Compõem a RAPS os seguintes serviços:

*Na atenção básica:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)
- Consultórios de rua
- Centros de Convivência e Cultura.

* Na atenção psicossocial:

- CAPS I
- CAPS II
- CAPS III
- CAPS AD
- CAPS i.

*Na atenção de Urgência e Emergência:

- SAMU
- Sala de Estabilização
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.

*Na atenção residencial de caráter transitório:

- Unidade de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

*Na atenção hospitalar

- Enfermaria especializada em hospital geral
- Serviço Hospitalar de Referência.

*Na Estratégia de desinstitucionalização:

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
- Programa de Volta para Casa (PVC).

*Nas Estratégias de reabilitação Psicossocial:

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (BRASIL, 2011)

Atualmente, dispomos de uma série de espaços, serviços e ambientes que podem proporcionar maior atenção, de forma integral, à saúde da pessoa com transtorno mental. Mas todas essas conquistas são concernentes às pessoas ditas “loucas infratoras”? Essa população é contemplada por essas legislações? E quando esse louco comete um crime, ele deve ser penalizado ou tratado?

5.4.A Saúde, o Direito Penal e a Loucura

A medida de segurança é uma “sanção penal imposta pelo Estado, na execução de uma sentença, cuja finalidade é exclusivamente preventiva e visa ao tratamento, no sentido de evitar que o autor de uma infração penal que tenha demonstrado periculosidade volte a delinquir” (CAPEZ, 2011, p.467).

De acordo com o artigo 26 do Código Penal, inimputável é aquele que, “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940). Esse indivíduo fica isento de pena. Nestes casos, aplica-se uma medida de segurança que visa ao tratamento do indivíduo, que pode ser viabilizada por meio de serviços ambulatoriais de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, ainda, por meio de regime de internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Ainda de acordo com o Código Penal, semi-imputável é “o agente [que], em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.” A pena pode ser reduzida de um a dois terços (BRASIL, 1940).

Ainda de acordo com artigo 97 do mesmo Código, tratamento ambulatorial e internação terão tempo indeterminado e terão continuidade enquanto não for

averiguada, perante perícia médica, a cessação de periculosidade. Esta será averiguada após um prazo mínimo, que pode variar entre um e três anos. Em regra, o prazo mínimo é estabelecido de acordo com a gravidade do transtorno mental, bem como segundo a gravidade do delito. Tanto a periculosidade como a sua cessação serão determinadas mediante laudo psiquiátrico feito pelo Instituto Médico Legal (IML) (CAPEZ, 2011).

A desinternação dos HCTP será de maneira condicional. Caso o agente cometa ações indicativas de periculosidade (não necessariamente um crime) dentro do período de um ano, o sujeito poderá retornar à condição anterior, se assim o juiz decidir. Ademais, a desinternação está condicionada à disposição de um parente ou responsável de acolher o sentenciado. O mesmo vale em casos de sentença de tratamento ambulatorial (CAPEZ, 2011).

Em 2011, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, juntamente com Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis) divulgaram o primeiro estudo censitário sobre a população que vivia em todos os HCTPs do país. O objetivo do estudo foi levantar o perfil socioeconômico e de diagnósticos das pessoas que viviam nos HCTPs a fim de orientar políticas públicas voltadas a essa população. “Em noventa anos de história dos manicômios judiciais no Brasil, jamais se realizou a contagem nacional desses indivíduos” (DINIZ, 2011, p.14).

O desconhecimento sobre o perfil dessa população é um obstáculo para o planejamento e aperfeiçoamento das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental voltadas à população em medida de segurança. “A ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população podem ser fatores desencadeantes de reincidência no ato infracional e agudização do sofrimento mental” (DINIZ, 2011, p. 16).

5.5.A medida de segurança no Distrito Federal-DF

No Distrito Federal, as pessoas que cumprem medida de segurança são acompanhadas na Seção Psicossocial da VEP/TJDF. Acompanhadas mensalmente, essas pessoas contam com um atendimento feito por assistentes sociais e psicólogos, que, além de acompanharem o cumprimento da medida, dão apoio psicológico em atendimentos individuais ou grupais (BRANDI, 2012).

O Distrito Federal não dispõe de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). O regime de internação da medida de segurança é feito na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF) sediada nas mesmas instalações do Presídio Feminino do Distrito Federal, situada no Gama, cidade que fica a 36 quilômetros da capital Brasília (BRANDI, 2012).

A Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal contribui com a execução da medida de segurança a princípio, na modalidade de tratamento ambulatorial nos serviços de saúde, citados anteriormente, que compõem a RAPS (BRANDI, 2012). Hoje o Distrito Federal não dispõe de residências terapêuticas que atualmente são os dispositivos mais preconizados na estratégia da desinstitucionalização (BRASIL, 2011). O Ministério Público Federal juntamente com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão elaboraram um parecer minucioso sobre a medida de segurança e os HCTP sob perspectiva da Lei 10.216/2001. Nesse parecer, o projeto de ressocialização realizado no Distrito Federal pela Seção psicossocial da VEP/TJDFT em parceria com Instituto de Saúde Mental (ISM), aparece como um grande avanço para a saúde de pacientes do sexo masculino com diagnóstico de esquizofrenia, que são atendidos no CAPS/ISM durante o dia e voltam para a ATP durante a noite. Tal parecer não faz, contudo, menção à particularidade concernentes às mulheres em medida de segurança no DF.

5.5. As mulheres, a loucura e a medida de segurança

A partir de teorias clássicas do feminismo burguês, é possível descrever a construção histórica que resultou na atual estrutura social patriarcal e androcêntrica, que delimita a imagem historicamente construída das mulheres. Estas foram e são tachadas enquanto pessoas fracas em corpo e em inteligência, que deveriam cumprir apenas o papel de mãe e esposa dócil. Nesta mulher predomina a carnalidade e a emoção em detrimento da espiritualidade e da razão. Por isso se justificaria uma maior tutela da religião e do Estado (ESPINOZA, 2002).

Nesse sentido, a criminologia feminista se propõe a analisar, desconstruir e criticar a atribuição biologizante à mulher e a seus atos infracionais (infanticídio, aborto, homicídio passional), buscando questionar os estereótipos sexistas que alimentam as teorias tradicionais sobre a criminalidade feminina. Tais papéis explicariam a tendência da mulher delinquir menos que os homens, pois foram historicamente controladas e contidas por instituições informais, como a família, a escola, a religião, a vizinhança,

etc. Esse dado fundamenta o reduzido número de mulheres atingidas pelo sistema prisional (ESPINOZA, 2002).

O Brasil tem a quarta maior população carcerária feminina do mundo, ficando atrás apenas da China, Rússia e Tailândia. Números do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) de 2014 mostram que o número total de pessoas encarceradas no Brasil é de 607.731. Dentre estes, o número de mulheres representa 6,4% (37.308). Já o Censo de 2011, realizado pelo DEPEN em parceria com a Anis mostra que o total de pessoas em medida de segurança no Brasil era de 3.989 e o número de mulheres em medida representava 7% desse total (291).

Por sua vez, em um estudo publicado em 2013, intitulado Raça e Gênero na Saúde Mental do Distrito Federal, no qual foi levantado o perfil psico-socioeconômico de 239 pacientes do maior hospital psiquiátrico do Distrito Federal, cerca de 70% (167) das pessoas internadas ou que passaram pelo serviço eram do sexo feminino (SILVA, 2013). Portanto, embora sejam maioria no serviço de saúde mental, as mulheres em conflito com a lei, são minoria, se comparadas aos homens.

Tais números trariam invisibilidade às particularidades ditas femininas, devendo essas se adequar aos modelos tipicamente masculinos, de modo que “o problema carcerário tem sido enfocado pelos homens e para os homens privados de liberdade” (ESPINOZA, 2002, p.52). Como produto dessa invisibilidade, perdem-se uma série de direitos das mulheres encarceradas. Essa situação é percebida nas precárias condições de saúde das reclusas, nas restrições de visita familiar, particularmente da visita íntima e, etc (ESPINOZA, 2002).

Tal descaso pode ser exemplificado pela execução da medida de segurança na modalidade de internação, destinada às mulheres no Distrito Federal. Na capital federal, a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) é destinada unicamente aos homens, sendo que as mulheres em medida de segurança cumprem sua sentença e buscam tratamento juntamente com as presidiárias comuns na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (DALLPOSSO, 2013). Isso ocorre apesar de os artigos 26 e 97 do Código Penal descreverem que as pessoas com transtornos mentais que cometerem crime, ou seja, inimputáveis ou semi-imputáveis serem isentas de pena e deverem ser submetidas à medida de segurança, que visa ao tratamento, e não à punição. O artigo 96, por sua vez,

estabelece que a internação deve ser feita em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. No caso do DF, deveria ser na ATP, pelo menos.

5.6. Raça, loucura e criminalidade

Raça é um termo amplamente utilizado pelo movimento negro e por intelectuais que discutem as relações raciais. Este é um termo que consegue dar uma dimensão mais próxima da complexidade existente nas relações entre negros e brancos no Brasil. Nesse contexto, quando utilizado, não faz referência ao conceito biológico de raças dominantes e dominadas, superiores e inferiores, como foi utilizado em contextos de dominação, como no período escravocrata ou no nazismo alemão, mas sim a uma dimensão social, histórica e política do termo. A partir desse termo derivam as expressões como racismo, preconceito e discriminação raciais, que descrevem todo o processo de marginalização de um povo. No entanto, vale lembrar que o preconceito racial é de fórum íntimo; já o racismo é histórico e estrutura a sociedade (GOMES, 2008).

Não à toa a exclusão e o racismo ainda são fortes marcas de nosso tempo. Uma das facetas do problema é, sem dúvida, a descontinuidade histórica de ações políticas por parte do Estado brasileiro visando concluir a abolição decretada em 13 de maio de 1888. O país não desenvolveu política específica de integração dos negros recém-libertos à sociedade envolvente. Isso deixou de assegurar às pessoas escravizadas participação no processo produtivo daquela época, o que fortaleceu as bases do histórico processo de marginalização social e desigualdade entre brancos e negros, que perdura até os dias atuais (RIBEIRO & PIOVESAN, 2008). Para Lélia Gonzalez, esse processo resultou em:

“Desde a época colonial aos dias de hoje, percebe-se uma evidente separação quanto ao espaço físico ocupado por dominadores e dominados. O lugar natural do grupo branco dominante são moradias saudáveis, situadas nos mais belos recantos da cidade ou do campo e devidamente protegidas por diferentes formas de policiamento, que vão desde os feitores, capitães de mato, capangas, etc. Até a polícia formalmente constituída. Desde a casa grande e do sobrado até os belos edifícios e residências atuais, o critério tem sido o mesmo. Já o lugar natural do negro é o oposto, evidentemente: da senzala às favelas, cortiços, invasões, alagados e conjuntos “habitacionais” (...) dos

dias de hoje o critério tem sido simetricamente o mesmo: a divisão racial do espaço” (GONZALEZ, 1983, p.232).

As injustiças e desigualdades geradas a partir do processo de escravidão deixaram marcas que definem o lugar e as condições de vida da pessoa negra na sociedade e refletem no atual quadro de iniquidades que atravessam a sociedade brasileira. Devido a essa herança, vários atores e agentes públicos atribuem a pobreza a raça negra. Pobreza esta que não se justifica apenas a partir de um passado, mas também das marcas projetadas desse processo histórico nos dias de hoje, que resultam em preconceito, discriminação e falta de acesso a oportunidades (GUIMARÃES, 2002). Nos diversos setores sociais, como o mercado de trabalho, a educação de qualidade, os sistemas e serviços de saúde, a segurança pública, entre outros, as pessoas negras têm desvantagens acentuadas devido ao preconceito e à discriminação que recaem sobre elas, o que torna a pobreza algo naturalizado ao corpo negro.

O Censo de 2010 do IBGE demonstrou que mais de 50% da população brasileira é composta por pessoas negras e, ainda assim, este grupo está submetido às condições mais injustas e desvantajosas na sociedade. Destas, quase metade são mulheres, ou seja, 1/4 da população brasileira são de mulheres negras. No entanto, na hierarquia das injustiças, temos no topo o homem branco, seguido pela mulher branca, depois há o homem negro e, por fim, a mulher negra (ZAMORA, 2012).

Diante desse histórico negativo da população negra, os efeitos do racismo são diversos e é fator determinante da marginalização social, injustiças, humilhação e baixa autoestima de indivíduos negros. A invisibilidade de afrodescendentes ao longo da trajetória histórica do país, ou seja, o apagamento de contribuições, ações e criações de negros na história do Brasil é um fator que colabora para a falta de representação. “Construir uma identidade negra positiva em uma sociedade que, historicamente, ensina aos negros, desde muito cedo, que para ser aceito é preciso negar-se a si mesmo é um desafio enfrentado pelos negros e pelas negras brasileiros(as).” (GOMES, 2008, p. 43)

Levando em consideração o encarceramento comum, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (InfoPen) 2014 fez uma análise pertinente, segundo o qual a população brasileira é composta por 51% de pessoas negras. A população carcerária chega a quase 70% de pessoas negras. O InfoPen mulheres também apresenta um dado parecido, segundo o qual em 2014, dentre as 37.380 mulheres encarceradas, quase 70%

eram negras. Em 2011, a maioria (84%) das pessoas que cumpriam medida de segurança no DF eram pretas e pardas (DINIZ, 2011). Entre 2013/2014, esse índice passou a ser de 86% (QUINAGLIA; CRUZ & TRAJANO, 2014).

Já o site do Ministério da Saúde, com aba destinada à saúde da população negra, dispõe de uma série de dados e indicadores de saúde concernentes a esse grupo. No entanto, não apresenta números que evidenciam o quantitativo de pessoas negras diagnosticadas, usuárias ou inseridas no sistema de saúde ou qualquer informação epidemiológica referente à Rede de Atenção Psicossocial. No estudo citado anteriormente, publicado em 2013, sobre raça e gênero na Saúde Mental do DF, no qual foi levantado perfil psico-socioeconômico de 239 pacientes do maior hospital psiquiátrico do Distrito Federal, em 147 (61%) prontuários não havia informações referentes à raça/cor. Dentre os 73 informados, 62% eram negros. Portanto, faz-se importantíssimo refletir a quem interessa evidenciar ou apagar a raça/cor de sua clientela. Ademais, é importante pensar a qual cor são atribuídas a loucura e a criminalidade. Para tanto, é preciso analisar como as relações entre fatores como discriminação, preconceito racial, social e de gênero podem resultar na ocorrência do sofrimento, na falta de acesso à educação, à saúde, à moradia, à renda entre outros.

Diante disso, é possível afirmar que o preconceito racial e de gênero humilha e a humilhação social gera sofrimento. Esses preconceitos podem acarretar em vários indicadores negativos de vida, saúde, condições socioeconômicas, que afetam mulheres negras e as inserem num contexto de baixo acesso a oportunidades, bens de consumo e outros dispositivos sociais, que poderiam resgatá-las de tais mazelas.

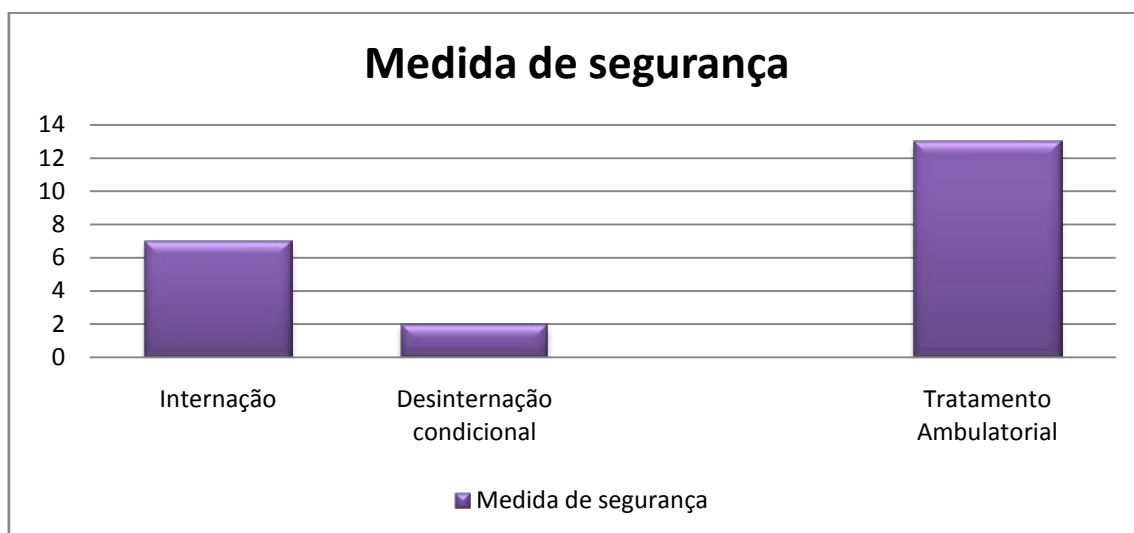
6. RESULTADOS

A coleta dos dados foi realizada entre outubro de 2013 e maio de 2014 nas dependências da Seção Psicossocial da VEP/TJDFT. No total, havia 173 pessoas cumprindo medida de segurança no Distrito Federal. Destas, 22 eram mulheres.

6.1. Medida de Segurança

Na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) também conhecida como Colmeia, havia 32% (7) do total de mulheres cumprindo medida de segurança em regime de internação. Na modalidade de tratamento ambulatorial, havia 59% (13) das mulheres. Por fim, 9% (2) delas cumpriam sua sentença em desinternação condicional.

Figura 1- Situação da população de mulheres em medida de segurança



Fonte: Elaboração própria.

6.2. Faixa Etária

As idades variaram entre 25 e 59 anos. As mulheres mais jovens, com idade entre 25 e 34 anos somavam 36% (8). Já as mulheres que tinham idade entre 35 e 44 anos somavam 28% (6). Por último, as que tinham idade entre 45 e 59 anos também resultavam em 36% (8).

Figura 2- Idade das mulheres em medida de segurança

Faixa etária	Número de mulheres	Porcentagem
20 a 24 anos	0	0%
25 a 29 anos	4	18%
30 a 34 anos	4	18%
35 a 39 anos	3	14%
40 a 44 anos	3	14%
45 a 49 anos	4	18%
50 a 59 anos	4	18%
60 a 69 anos	0	0%
Sem informação	0	0%
Total	22	100%

Fonte: Elaboração própria.

6.3.Naturalidade

A maioria das mulheres em medida de segurança eram naturalizadas de Brasília-DF, 64% (14).

Figura 3- Naturalidade das mulheres em medida de segurança

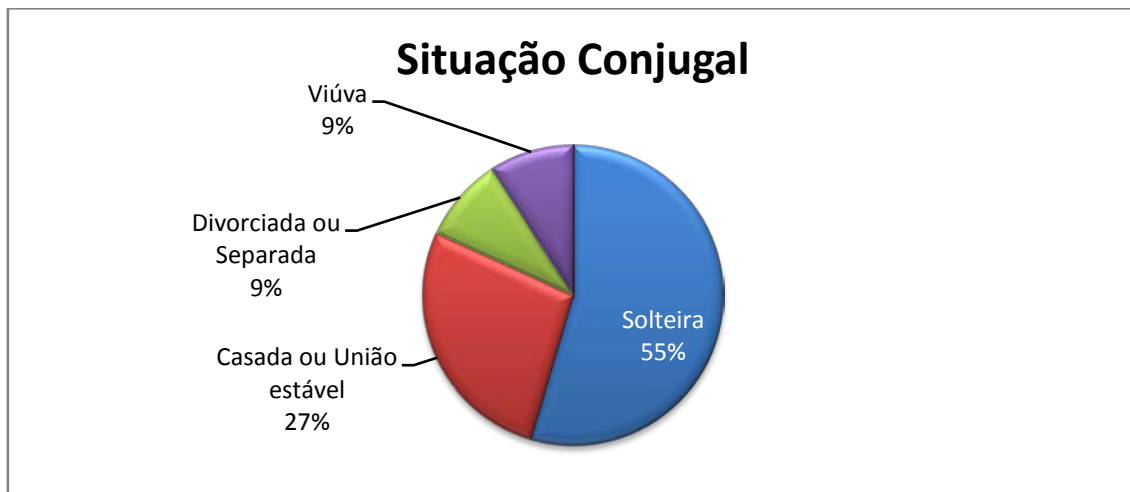
Naturalidade	Número de mulheres	Porcentagem
Brasília-DF	14	64%
Curitiba-PR	1	4,5%
Ouro Fino-MG	1	4,5%
Boa Vista de Tupim-BA	1	4,5%
Mara Rosa-GO	1	4,5 %
Unaí-MG	1	4,5%
Rio de Janeiro-RJ	1	4,5%
Angelim-PE	1	4,5%
Goiânia-GO	1	4,5%
Total	22	100%

Fonte: Elaboração própria.

6.4.Situação conjugal

A maior parte das mulheres em medida de segurança não dispunha de companheiro(a). Estas representavam 73% (16) do total. A maioria delas, 55% (12), eram solteiras. Dentre as demais, 6 (27%) eram casadas ou viviam em união estável, 2 (9%) eram divorciadas ou separadas e 2 (9%) eram viúvas.

Figura 4- Situação conjugal das mulheres em medida de segurança

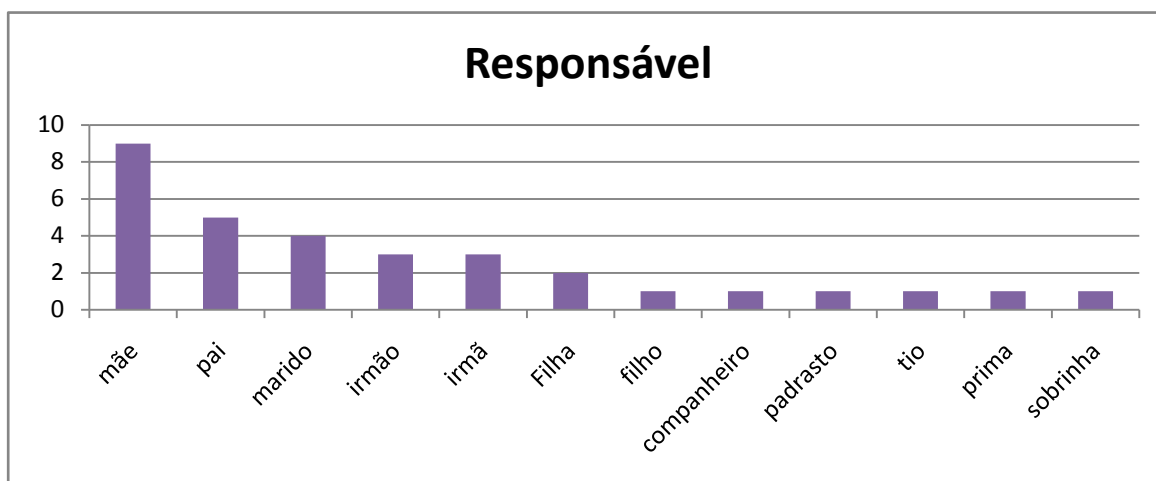


Fonte: Elaboração própria

6.5.Responsável

O total de 73% (17) das mulheres contava com a figura feminina (mãe, filha, irmã, prima, sobrinha) como sua responsável durante o período de execução de sua medida de segurança. Enquanto a figura masculina (pai, marido, irmão, companheiro, filho, tio e padrasto) foi constatada nos dados de 50% (11) dessas mulheres. As mães são tidas como maiores responsáveis, pois somavam 41% (9). Já os pais foram apontados como responsáveis por 23% (5) das mulheres. Uma só mulher podia contar com mais de uma figura familiar como responsável.

Figura 5 – Responsável pelas mulheres em medida de segurança



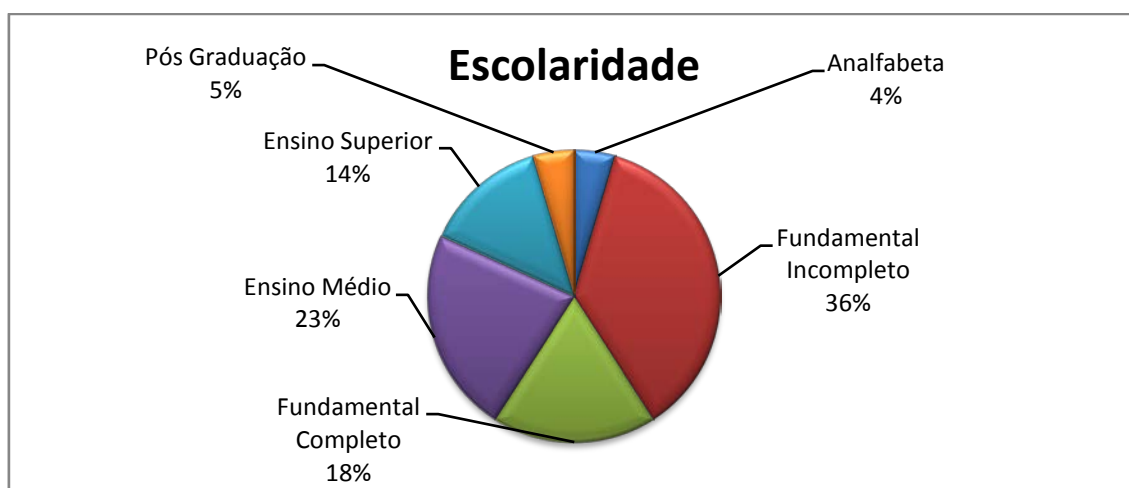
Fonte: Elaboração própria

6.6.Escolaridade

A maioria das mulheres em medida de segurança não tinha completado o ensino fundamental. Tratava-se de 36% (8) delas. As que completaram o ensino fundamental somavam 4 (18%). Já com ensino médio completo havia 5 (23%). Por fim, com ensino superior, havia 3 (14%), uma com pós graduação (5%) e uma analfabeta (5%).

Dentre as 3 mulheres que tinham ensino superior e uma com pós-graduação (duas delas em Direito, uma em Administração e uma Enfermagem), 3 cumpriam a medida de segurança em tratamento ambulatorial e 1 estava internada em clínica particular no DF. Enquanto dentre as 8 que tinham ensino fundamental incompleto, 4 estavam internadas na penitenciária. As outras 4 que tinham o ensino fundamental incompleto estavam em tratamento ambulatorial. Dentre as 4 com ensino fundamental completo, 3 estavam em tratamento ambulatorial e 1 estava internada. E entre as 5 que tinham o ensino médio completo, 3 estavam em tratamento ambulatorial, 1 estava internada e a outra em desinternação condicional. Por fim, a mulher analfabeta encontrava-se em desinternação condicional. Um aprofundamento dessa questão, a partir do cruzamento dos dados referentes à escolaridade, à incidência penal e ao diagnóstico, permitiria verificar as disparidades das modalidades de medida de segurança atribuídas a essas mulheres, de acordo com a educação.

Figura 6- Escolaridade dasmulheres em medida de segurança



Fonte: Elaboração própria.

6.7.Profissão

Como a maioria das mulherestinha apenas o grau de escolaridade básico, muitas estavam inseridas no mercado informal de trabalho. A seguir, há uma relação de todas as profissões das mulheres em medida de segurança.

Figura 7 – Profissão das mulheres em medida de segurança

Profissão	Número de mulheres	Porcentagem
Doméstica	3	14%
Aposentada	3	14%
Desempregada	2	9%
Manicure	2	9%
Comerciante	2	9%
Auxiliar de serviços gerais	1	4,5%
Garota de programa	1	4,5%
Costureira	1	4,5%
Cozinheira	1	4,5%
Funcionária pública	1	4,5%
Oficial de justiça	1	4,5%
Enfermeira	1	4,5%
Sem informação	2	9%
Total	22	100%

Fonte: Elaboração própria.

6.8.Diagnóstico

O diagnóstico mais encontrado entre as mulheres em medida de segurança foram os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, que correspondia a 6 mulheres (ou 27% dos casos). Um desses casos estava associado a transtorno afetivo bipolar. Outro, a transtorno psicótico. Além desses casos, havia 4 mulheres (18%) com transtorno afetivo bipolar. Havia 3 mulheres (14%) com esquizofrenia. Em um desses casos, a esquizofrenia estava associada a transtornos de personalidade (Transtorno de Personalidade Borderline - TPB). Havia 2 mulheres (9%) com epilepsia. Em um desses casos, a mulher tinha epilepsia com episódio depressivo moderado e, em outro, a mulher tinha psicose epilética, associada a retardo mental moderado e transtornos mentais orgânicos. Também havia 2 mulheres (9%) com o diagnóstico de psicose não-orgânica não especificada. Havia, ainda, 1 caso (5%) de transtorno de personalidade, 1 caso (5%) de cleptomania, 1 caso (5%) de transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral, 1 caso (5%) de transtorno obsessivo-compulsivo e 1 caso (5%) de transtorno depressivo recorrente associado a estado de “stress” pós-traumático e transtorno de adaptação.

Figura 9- Diagnóstico dasmulheres em medida de segurança

Diagnóstico	Número de diagnósticos	Porcentagem
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas	4	18%
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas associado a transtorno afetivo bipolar	1	4,5%
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas associado a transtorno psicótico	1	4,5%
Transtorno afetivo bipolar	4	18%
Esquizofrenia	2	9%
Esquizofrenia associada a transtorno de Personalidade Borderline - TPB	1	4,5%
Epilepsia com episódio depressivo moderado	1	4,5%
Psicose epilética, associada a retardo mental moderado e transtornos mentais orgânicos	1	4,5%

Psicose não-orgânica não especificada	2	9%
Transtorno de personalidade	1	4,5%
Cleptomania	1	4,5%
Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral	1	4,5%
Transtorno obsessivo-compulsivo	1	4,5%
Transtorno depressivo recorrente associado a estado de “stress” pós-traumático e transtorno de adaptação	1	4,5%
Total	22	100%

Fonte: Elaboração própria

6.9. Incidência Penal

A pesquisa identificou um total de 34 infrações penais que sentenciaram as mulheres à medida de segurança. Tratava-se de 7 crimes contra a pessoa, entre os quais 1 homicídio simples, 1 homicídio qualificado, 1 tentativa de homicídio simples, 2 lesões corporais e 2 ameaças. Além disso, havia 14 crimes contra o patrimônio, entre os quais 2 furtos, 3 furtos qualificados, 1 tentativa de furto, 3 roubos, 3 tentativas de roubo, 1 dano qualificado e 1 estelionato. Também havia 2 crimes contra a dignidade sexual, que eram 2 casos de corrupção de menores. Havia 1 crime contra fé pública, que se tratava de falsificação de documento público. Ademais, havia 4 crimes contra a administração pública, entre os quais 1 caso de peculato, 2 de desacato e 1 de coação no curso do processo. Havia 1 crime da Lei Antidrogas, que se tratava de tráfico de drogas. Havia 1 crime do Estatuto do Desarmamento, que se tratava de porte ilegal de arma de fogo de uso permitido. Havia 1 crime da Lei Maria da Penha, que se tratava de violência doméstica e familiar contra a mulher. Finalmente, havia 3 contravenções penais: porte de arma fora de casa, sem licença da autoridade, prática de vias de fato contra alguém e excitação de animal, expondo a perigo a segurança alheia.

Figura 9- Incidência penal das mulheres em medida de segurança

Incidência Penal	Número de incidências penais	Porcentagem
Homicídio simples	1	3%
Homicídio qualificado	1	3%
Tentativa de homicídio simples	1	3%
Lesão corporal	2	6%

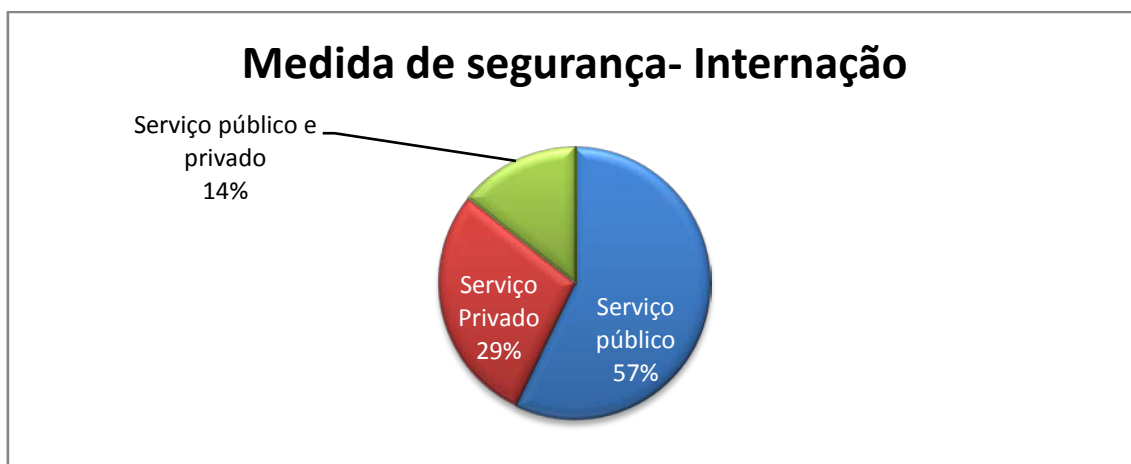
Ameaça	2	6%
Furto	2	6%
Furto qualificado	3	9%
Tentativa de furto	1	3%
Roubo	3	9%
Tentativa de roubo	3	9%
Dano qualificado	1	3%
Estelionato	1	3%
Corrupção de menores	2	6%
Falsificação de doc. público	1	3%
Peculato	1	3%
Desacato	2	6%
Coação no curso do processo	1	3%
Tráfico de drogas	1	3%
Porte ilegal de arma de fogo de uso permitido	1	3%
Violência doméstica	1	3%
Porte de arma fora de casa sem licença da autoridade	1	3%
Vias de fato contra alguém	1	3%
Excitação de animal perigoso	1	3%
Total	34	100%

Fonte: Elaboração própria

6.10. Medida de segurança- Internação em serviço de saúde

Das 7mulheres que cumpriam a medida de segurança a modalidade de internação, 4 estavam em tratamento exclusivo na PFDF, enquanto 2 delas estavam exclusivamente em clínica privada. Uma cumpria em clínica privada e na PFDF. As 2mulheres que estavam em desinternação condicional cumpriam a medida de segurança em serviços ambulatoriais da RAPS/SUS.

Figura 10 – Natureza dos serviços de saúde - Internação

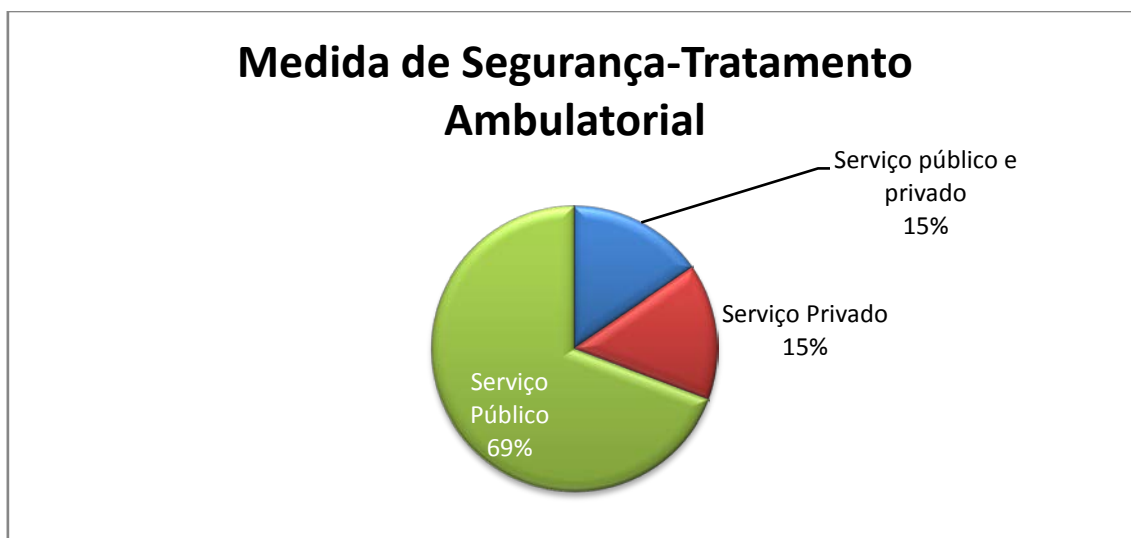


Fonte: Elaboração própria.

6.11. Medida de segurança-Tratamento ambulatorial em serviços de saúde

Das 13 mulheres que cumpriam a medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial, 9 cumpriam sua sentença exclusivamente em serviços públicos da RAPS/SUS, enquanto 2 delas estavam exclusivamente em clínica privada, 2 cumpriam em clínica privada e nos serviços do SUS.

Figura 11- Natureza dos serviços de saúde – Tratamento ambulatorial



Fonte: Elaboração própria.

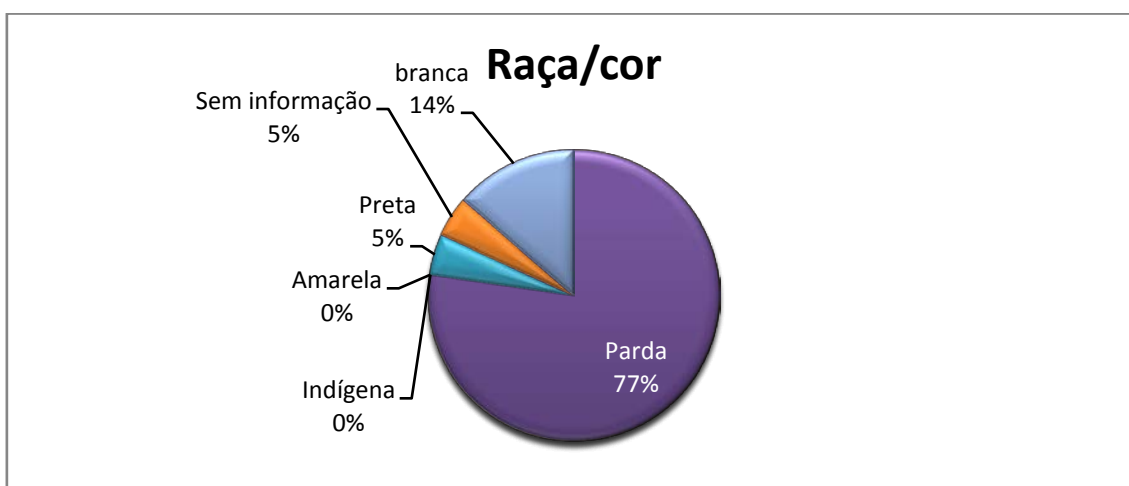
6.12. Raça/Cor

Levando em consideração a classificação de raça/cor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010), segundo o qual pretos e pardos compõem o grupo de pessoas negras, o total de mulheres negras em medida de segurança no DF era de 82% (18), enquanto mulheres brancas somavam 14% (3). Sem informação, havia uma mulher (5%). Todas foram heteroclassificadas pelo Instituto Médico Legal (IML).

Uma mulher branca estava internada em clínica particular. A segunda cumpria sua sentença em tratamento ambulatorial e já havia passado por serviços privados e públicos de saúde. E a terceira cumpria sentença de tratamento ambulatorial em um serviço público de saúde do DF. Dentre as 7 mulheres internadas, 5 eram negras, 4 delas estavam internadas exclusivamente na PFDF. E a quinta cumpria a sentença de internação na PFDF e em clínicas privadas. As duas mulheres em desinternação condicional eram negras. E 11 das 13 mulheres em tratamento ambulatorial eram negras.

Seria interessante fazer mais associações entre raça e escolaridade, diagnóstico e incidência penal, por exemplo. O que se pode afirmar, com segurança, é que devido ao grande número de mulheres negras em medida de segurança, em todos os indicadores irá predominar a raça negra.

Figura 12- Raça/cor das mulheres em medida de segurança



Fonte: Elaboração própria.

Foi possível constatar, a partir dos resultados de pesquisa que a maioria das mulheres em medida de segurança no Distrito Federal são negras, solteiras, com baixa escolaridade e atuantes no mercado informal de trabalho. Possuem, ainda, maior incidência em diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas e incidem principalmente em artigos do CP que configuram crimes contra o patrimônio público.

Portanto, é necessário considerar as relações entre gênero, raça e poder, conjugados com a análise de grau de escolaridade, qualificação profissional e incidência penal, tendo em vista que tais fatores sociais são produtores de moralidades, estigmas, iniquidades, que interferem diretamente na ação ou omissão por parte do Estado em ações de saúde e na aplicação da medida de segurança visto de fato, um tratamento de forma efetiva.

7. DISCUSSÃO

A partir do resgate histórico da loucura e dos serviços disponíveis em saúde mental, foi possível delinear a exclusão sofrida pelos/as loucos/as e a importância da Reforma Psiquiátrica como processo ainda em curso de conquista popular, que tem um papel fundamental na humanização do tratamento. A Lei 10.216/2001 marca uma das maiores conquistas da luta antimanicomial. Contudo, é preciso analisá-la segundo a ótica do Judiciário. Além do tratamento exigido por lei, essas pessoas também são acompanhadas mensalmente pelas assistentes sociais e psicólogas da Seção Psicossocial da VEP/TJDFT, que ao acompanharem o cumprimento da medida, dão apoio psicológico em atendimentos individuais ou grupais.

O multicitado parecer sobre a medida de segurança e os HCTPs sob a perspectiva da Lei 10.216/2001, elaborado pelo Ministério Público Federal em parceria com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, aponta que o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil, como um todo, configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Isso nos permite questionar o seguinte: a medida de segurança representa um tipo de tratamento, como aquele preconizado pela Reforma Psiquiátrica, que visa a não exclusão e reinserção do louco na sociedade, ou é uma sanção penal, que visa penalizar o autor de condutas delitivas?

Como exposto anteriormente, esse mesmo parecer aponta para a parceria entre a Seção Psicossocial da VEP/TJDFT e o Instituto de Saúde Mental (ISM), como uma boa prática, na qual pacientes do sexo masculino, que cumprem a medida em regime de internação e têm diagnóstico de transtorno esquizofrênico, são atendidos num CAPS do ISM durante o dia e voltam para a ATP durante a noite. Diante disto, é possível problematizar a não inserção das mulheres em medida de segurança algum projeto ou programa específico que atenda suas necessidades e especificidades, sobretudo as mulheres que estão internadas no presídio feminino, local este com finalidade penalista e com pouca qualidade no quesito reinserção social, além de ser um espaço muito aquém do preconizado pela Reforma Psiquiátrica, como um ambiente de tratamento, promoção e proteção da saúde mental.

Espinosa (2002) afirma que o sistema criminal está em crise. Para ela, atualmente lidamos com um sistema que tem como uma das principais características a

seletividade de seus condenados, que está pautada na eleição de pessoas, para criminalizá-las ou para vitimizá-las, recrutando em sua clientela os mais vulneráveis. Diante do exposto nos resultados coletados desta pesquisa, foi possível associá-los à análise da autora, pois foi evidenciado o grau de desequilíbrio social no qual as mulheres em medida de segurança no DF estão submetidas. A maioria delas não possui o grau de escolaridade básico, o que resulta na dificuldade de contextualizar o conhecimento relativo aos direitos, deveres e ao bem viver.

Para a autora: “a perversidade do sistema criminal se estabelece através do ‘aparato de publicidade’ do Estado que projeta a ilusão de um poder punitivo igualitário, não seletivo, não discriminador, disfarçando de conjuntural ou circunstancial aquilo que é estrutural e permanente” (ESPINOSA, 2002, p.36).

Ainda segundo Espinosa (2002), a criminologia tradicional atribui às mulheres a categoria de autoras de atos infracionais ligados a condições biológicas e sociais ditas femininas, como o infanticídio, o aborto e o homicídio passional. No entanto, é importante ressaltar que das 34 infrações penais cometidas pelas mulheres em medida de segurança, apenas 7, que constituem os crimes contra a pessoa, poderiam se enquadrar nos atos delitivos ditos femininos. Isso nos deixa a margem de mais um questionamento: a que mulheres tal perspectiva se refere? Trata-se do imaginário das mulheres loucas, criminosas negras, periféricas, com baixa renda e escolaridade?

A autora Bell Hooks(2015) em seus estudos, lançou uma série de críticas e traçou um modelo diferente de pensar a pluralidade existente entre as mulheres, que nos permite refletir sobre o espaço social que as mulheres em medida de segurança no DF ocupam. Segundo a autora, esse espaço preenchido pelo mito da fragilidade e vitimização do corpo feminino nunca coube às mulheres negras. A mulher negra não foi “contemplada”, por exemplo, pela luta ao direito do trabalho, pois, desde o período colonial, sempre trabalhou, sempre serviu à casa grande.

O total de mulheres pretas e pardas em medida de segurança no DF, em 2013/2014, no mesmo período era de 82%. Os fatores encontrados na pesquisa podem ser considerados fontes para a produção de sofrimentos mentais. No caso dessas mulheres, a vivência em situações precárias, a exploração e a subalternização naturalizadas podem ser vistas como condições que geram conflitos que comprometem sua saúde mental. De acordo com Silva (2013):

Pensar tais elementos de vulnerabilidade e a necessidade de proteção presentes na concretude de vida de mulheres pobres e negras é entender que as múltiplas formas de articulação entre gênero, pobreza e raça produzem desdobramentos e consequências dramáticas para a saúde física e mental das mesmas. Nesse sentido é fundamental não nos escapar a necessidade de considerar nessa equação, também e principalmente, a precariedade das políticas e dos serviços no campo da saúde mental (SILVA, 2013, p.120).

O racismo, o sexismo e a pobreza potencializam o quadro de sofrimento dessas mulheres. Sabendo-se que a exclusão social e a discriminação geram profunda tristeza, letargia e desespero, e acabam com a autoestima, a esperança e a motivação de vida, levando e levam até mesmo a outros problemas, tais como a dependência química, que foi o diagnóstico preponderante entre as mulheres em medida de segurança no DF, faz-se necessário produzir ações de saúde e políticas públicas voltadas especificamente a essa população.

Além de prejudicar severamente a autoimagem, o racismo dificulta o acesso a atividades e papéis sociais considerados importantes e pode condicionar a vida dessas pessoas a condições de extrema desvantagem, ocasionando um efeito “bola-de-neve”: como são marginalizados pela sociedade e não são incluídos naquilo que a cultura julga importante, muitas dificuldades emocionais e psicológicas aparecem; afinal, pertencer a uma comunidade, ser bem visto dentro dela e manter laços sociais de cooperação são fatores indispensáveis para o bem estar do ser humano.

Perante tal situação, é preciso considerar as relações entre os gêneros, sexo e raça, conjugados com as condições socioeconômicas e de saúde mental, como mecanismos de produção de subjetividades que influem no resultado do bem viver das mulheres em medida de segurança. Pensando a partir da formação em saúde coletiva, que se propõe a atuar no sistema de saúde, por meio de práticas coletivas, planejamento e avaliação de programas e projetos em saúde, por meio de através de uma abordagem social, pública e política, é possível considerar esse profissional como um mediador entre a psicologia, a saúde mental, em termos mais amplos, e o direito sanitário, no sentido de exercer ações, processos e práticas institucionais de recuperação, promoção e manutenção em saúde mental, sobretudo direcionados ao público feminino que vivencia a medida de segurança.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta monografia, procurei estabelecer uma discussão acerca do gênero e da raça envolvidos na medida de segurança, a partir das histórias femininas relacionados ao sexismo, ao racismo, à loucura e à criminalidade, incorporando elementos teóricos da antropologia, do direito penal e da Saúde Coletiva para aproximar o profissional sanitário de grupos específicos que necessitam de atenção estatal para garantir direitos de tratamentos que, de fato, incidam positivamente no bem viver dessas pessoas.

Inserir o quesito raça/cor nas produções acadêmicas nos permite enxergar as discrepâncias existentes e as necessidades de grupos específicos, no caso, as mulheres em medida de segurança no DF. Lamentavelmente, impera no imaginário brasileiro e em várias produções científicas uma associação entre os dados negativos de desigualdades de certos grupos e o quesito renda/classe. Há, assim, uma invisibilidade da raça/cor. Em nosso país, onde a pobreza tem cor, cara e história, tal abordagem reducionista inibe a ação do aparelho público e social. Essa negligência por parte dos agentes públicos precisa urgentemente de reparação.

A pouca produção acerca da associação entre gênero, raça e medida de segurança gerou um grande desafio metodológico e prático à realização desta nesta monografia. Isso possibilita refletir se, em algum momento ou espaço em que se executa a medida de segurança, tais informações são levadas em consideração como fatores que possam produzir sofrimento, gerar o perfil levantado e, ainda, influenciar o tratamento proposto.

É fundamental levar adiante um dos objetivos iniciais desta pesquisa, que consiste em estabelecer onde haveria uma conversa entre as pesquisadoras e as mulheres em medida de segurança. Acredito que tal abordagem tornaria o trabalho uma expressão das vozes dessas mulheres, silenciadas por uma série de dispositivos.

Acometidas por um transtorno mental, marcadas por um crime, estigmatizadas, fadadas às consequências da tirania racista, sexista, machista e classista, as mulheres em medida de segurança encontram-se no extremo degrau do desequilíbrio social. Este trabalho se propõe, assim, a resgatar o princípio da dignidade humana, da alteridade, da equidade, como ferramentas condutoras ao caminho da igualdade e como meio de auxiliar a execução da medida de segurança, para que as mulheres de fato cumpram o

tratamento proposto, se recuperem e sejam socialmente reinseridas. Nesse contexto, os sanitaristas devem assegurar o direito à saúde e considerar, para tanto, as particularidades e o contexto social que envolvem as mulheres em medida de segurança, para além do estigma que elas carregam.

Vivemos em tempos de grandes expressões do movimento negro no Brasil. Garantir a integralidade nas questões étnico-raciais se tornou algo indispensável quando se pensa em construir resultados positivos nas condições de vida dessa população. Somos maioria no país. Nossos iguais são vítimas de um genocídio perene e banalizado. Diariamente, são agredidos pelo Estado fardado e por uma mídia racista e classista. Vivemos em favelas e periferias em condições subumanas. O nosso acesso ao serviço público é ruim. A mulher negra, especificamente, incansável trabalhadora e mal remunerada, é a que mais morre e vê seus filhos morrerem na maternidade. Vivenciamos as realidades dos presídios. Nossa presença majoritária é também evidenciada na medida de segurança.

Por fim, faz-se necessário repensar as causas sociais do sofrimento psíquico, a disposição dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, bem como a execução do Código Penal, a Lei de Execuções Penais, levando em consideração as hierarquias e as situações sociais nas quais mulheres mais pobres e não-brancas estão inseridas.

9. REFERÊNCIAS:

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados e alienistas: Pequena história da psiquiatria no Brasil. IN: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**/ Paulo Duarte de Carvalho Amarante (org). Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 1994. pp. 73-84.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho & BARROS, Denise Dias & NICACIO, Fernanda. **Fraco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários**. IN: Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (org). Rio de Janeiro. Editora Nau, 2005.

BRANDI, Caroline Quinaglia A. C. S. **A fala dos inimputáveis: uma investigação clínica sobre verbos pathicos no contexto da medida de segurança**. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

BRASIL. Código Penal (**Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940**). *Diário Oficial da União* 1940; 7 dez. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-norma-pe.html>>.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde**. *Diário Oficial da União* 2012; 12 dez. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>

Brasil. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 09 Abr 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>.

Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN Mulheres. Brasília: MJ; Jul. 2014.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Institui o Código Penal. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10619493/artigo-96-da-constituicao-federal-de-1967>>.

Brasil. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001.** Brasília, 2011

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE; **PORTARIA 3088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Brasília, DF;2011.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**, volume 1, parte geral: (arts. 1º a 120) / Fernando Capez. – 15. ed. – São Paulo: Saraiva, 2011.

DALLPOSSO, Luana Karina. **Prisão e Loucura: uma narrativa de mulheres em medida de segurança no Distrito Federal.** 2013.

DINIZ, Débora. **A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: Letras Livres; Universidade de Brasília, 2013.

ESPINOZA, Olga. A prisão feminina desde um olhar da criminologia feminista. **Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias**, v. 1, n. 1, p. 35-39, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOMES, Nilma L. (2005). Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil. In: BRASIL. MEC/SECAD. **Educação anti-racista: caminhos abertos pela Lei Federal n. 10.639/03.** (Coleção Educação Para Todos). Brasília, MEC/SECAD. p. 39 a 65. .

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos. Brasília: **ANPOCS**, 1983. p. 223-244.

GUIMARÃES, Antônio Sergio Alfredo. Raça e pobreza no Brasil. IN: **Classes, Raças e Democracia.** São Paulo: Fundação de Apoio Universidade de São Paulo: Ed. 34. 2002. Pp 47-77.

HOOKS, bell. Moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n.1. Brasília jan./abr. 2015. p.193-210;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características da população e dos domicílios. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br, Acesso em: 25 de Abril. 2013.

MENEZES, Andrea Mesquita de Menezes & SILVA, René Marc da Costa **Os impactos da discriminação, violência e pobreza na saúde mental das mulheres.** IN: Raça e Gênero na Saúde Mental do Distrito Federal/ René Marc da Costa Silva (org). Brasília: UniCEUB, 2013.

MENDONÇA, Andrea Maria Guisoli. **Reforma Psiquiátrica em Montes Claros: Perspectiva Histórica.** Universidade Estadual de Montes Claros- dissertação de mestrado, 2009.

QUINAGLIA, SILVA, Érica; CRUZ, Mônica Oliveira; TRAJANO, Rayssa de Paula Dantas. Saúde mental, direito e psicologia no Judiciário: interlocuções na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 445-450, 2014.

SILVEIRA, Fernando de Almeida & SIMANKE, Richard Theisen. **A Psiquicologia em História da Loucura de Michel Foucault.** Fractal, Rev. Psicol. Vol 21 nº 1. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922009000100003&script=sci_arttext

RIBEIRO, Matilde & PIOVESAN. **Dossiê 120 anos da abolição.** Rev. Estud. Fem. vol.16 no.3 Florianópolis Sept./Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000300009&script=sci_arttext

TENÓRIO, Fernando. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 80 aos dias atuais: História e Conceitos.** Rev. História, Ciências e Saúde- Manguinhos. vol. 9 (1): 25-59, jan.- abr. 2002.

ZAMORA, Maria Helena Rodrigues Navas. **Desigualdade Racial, Racismo e Seus Efeitos.** Rev, Psicol., Vol 24- nº 3, p. 563-578, Set./Dez. Rio de Janeiro, 2012.

10. ANEXOS:

10.1. INSTRUMENTO DA PESQUISA QUANTITATIVA

1 - Data da coleta de dados:

2 - Processo nº (buscar no processo):

IDENTIFICAÇÃO

3 - Sexo (buscar no laudo do IML, que está no processo):

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Sem informação

4 - Idade:

☐ menos de 20

☐ 20 a 24

☐ 25 a 29

☐ 30 a 34

☐ 35 a 39

☐ 40 a 44

☐ 45 a 49

☐ 50 a 59

☐ 60 a 69

☐ 70 ou mais

☐ Sem informação

5 - Naturalidade:

6 - Situação conjugal:

- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo
- ☐ Solteiro
- ☐ Amasiado
- ☐ Sem informação

7 - Cor (buscar no laudo do IML, que está no processo):

- ☐ Amarela
- ☐ Branca
- ☐ Indígena
- ☐ Parda
- ☐ Preta
- ☐ Outra
- ☐ Sem informação

8 - Escolaridade:

- ☐ Analfabeto
- ☐ Fundamental incompleto
- ☐ Fundamental completo
- ☐ Médio
- ☐ Superior
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Sem informação

9 - Profissão:

10 - Responsável:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Sem informação

SITUAÇÃO PROCESSUAL

11 - Incidência penal (buscar no processo):

12 - Diagnóstico:

- ☐ Epilepsia
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Retardo mental
- ☐ Transtornos afetivos uni ou bipolares
- ☐ Transtornos de personalidade
- ☐ Transtornos da preferência sexual
- ☐ Transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas
- ☐ Transtornos mentais orgânicos
- ☐ Outros
- ☐ Sem informação

13 - Data do primeiro diagnóstico:

14 - Origem da medida de segurança:

- ☐ Inimputabilidade
- ☐ Semi-imputabilidade
- ☐ Sem informação

15 - Medida judiciária/Sentença:

- ☐ Medida de segurança - Internação

- ☐ Medida de segurança - Tratamento ambulatorial
- ☐ Medida de segurança com sentença de desinternação condicional
- ☐ Reinternação

16 - Data do início do cumprimento da MS:

17 - Tempo mínimo de cumprimento da sentença:

- ☐ 1 ano
- ☐ 2 anos
- ☐ 3 anos
- ☐ Outros
- ☐ Sem informação

18 - Datas dos diagnósticos seguintes:

19 - Última avaliação da Seção Psicossocial da VEP:

- ☐ Situação de saúde comprometida
- ☐ Situação de saúde estável
- ☐ Sem referência familiar
- ☐ Com apoio familiar
- ☐ Encaminhamento para desinternação condicional
- ☐ Outros
- ☐ Sem informação

20 - Último laudo do IML:

- ☐ Situação de saúde comprometida
- ☐ Situação de saúde estável
- ☐ Sem referência familiar

- ☐ Com apoio familiar
- ☐ Encaminhamento para desinternação condicional
- ☐ Outros
- ☐ Sem informação

21 - Local do tratamento nos serviços de saúde:

22 - Data de início:

23 - Término/Interrupção:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Sem informação

24 - Desinternação Condicional:

- ☐ Sim
- ☐ Não

25 - Data da audiência de D. C.:

26 - Data da provável extinção:

10.2. Parecer CEP/IH-UnB

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRÁSILIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde mental, direito e psicologia no âmbito da medida de segurança: interlocuções e desafios na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

Pesquisador: Érica Quinaglia Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16027013.5.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas (IH)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 314.243

Data da Relatoria: 07/06/2013

Apresentação do Projeto:

Este trabalho tem como objetivo entender as trajetórias percorridas por pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis que cumprem medida de segurança e acompanhados pela Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Será composto por dois momentos, no primeiro uma pesquisa documental feita mediante análise de prontuários e processos públicos de todas as pessoas acompanhadas por esta Vara e consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis e, em um segundo momento, um projeto de pesquisa qualitativa por meio de entrevistas com 6 profissionais que trabalham com atenção psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desta pesquisa é entender as trajetórias percorridas por pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis que cumprem medida de segurança e verificar como têm se configurado a interlocução entre o direito e a psicologia na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos aos participantes.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 SALA B1 2 806 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-000
UF: DF **Município:** BRÁSILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

**INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS**



Continuação do Parecer: 314.340

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desenho da pesquisa está claro e respeita todos os aspectos éticos recomendados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta todos os termos necessários e de forma clara: - termo de responsabilidade pelo uso de informações e cópias de documentos para fins de pesquisa; - TCLE

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência ou inadequação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 24 de Junho de 2013

Assinador por:
Debora Diniz Rodrigues
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC Δ ALA NORTE Δ MEZANINO Δ SALA B1 Δ 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-600
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ind@unb.br